

Reformperspektiven

# Gelungenes sichern, Herausforderungen anpacken

AOK-Positionen zur  
Gesundheitspolitik nach  
der Bundestagswahl 2009

# Inhalt

## **I. Gelungenes sichern, Herausforderungen anpacken**

## **II. Mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung**

1. Ambulant
2. Stationär
3. Arzneimittel
4. Hilfsmittel
5. Heilmittel
6. Sektorübergreifend

## **III. Zukunftsfähige soziale Pflegeversicherung**

## **IV. Stärkung der solidarischen Finanzierung**

## **V. Mehr Versichertensouveränität**

1. Patientenrechte
2. Prävention
3. Wahloptionen

## **VI. Selbstverwaltung der Krankenkassen stärken**

## MEHR FREIHEIT, BITTE!

Selten sind in einer Legislaturperiode so viele gesundheitspolitische Initiativen auf den Weg gebracht und als Gesetz oder Verordnung verabschiedet worden wie in den vergangenen vier Jahren. Aber bedeutet Masse auch Klasse?

In der Tat kann sich manches von dem, was die Große Koalition angepackt hat, sehen lassen. Aus Sicht der AOK ist das in erster Linie ein Risikostrukturausgleich, der sich endlich am tatsächlichen Krankheitsgeschehen orientiert und das Geld in der gesetzlichen Krankenversicherung dahin lenkt, wo es am nötigsten gebraucht wird – zu den Patienten. Auf der Habenseite stehen zudem beispielsweise ein verlässlicher Rechtsrahmen für Arzneimittel-Rabattverträge und mehr Qualitätssicherung für Pflegebedürftige.

Doch anderes ist Reform-Baustelle geblieben. Über die langfristigen Finanzierungsgrundlagen von Kranken- und Pflegeversicherung wurde debattiert, aber nicht nachhaltig entschieden. Die finanzielle Ausstattung der Krankenkassen gerät verstärkt in die staatliche Abhängigkeit. Den Ärzten und den Kliniken ist mehr Geld, aber nicht mehr Wettbewerb verordnet worden. Der Drang zu bundesweit einheitlichen Vorgaben und Normen hat die Oberhand gewonnen, der Einfluss des Staates ist zu Lasten der Selbstverwaltung gewachsen.

Das ordnungspolitische Konzept der AOK ist ein anderes: Der Staat setzt den Rahmen für den Wettbewerb im Markt der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen, Ärzte, Kliniken und andere Leistungserbringer füllen diesen Rahmen aus. Sie müssen frei entscheiden können, wie und zu welchen Bedingungen sie die Versorgung in ihrer Region sicherstellen und gestalten. Durch Vertragsfreiheit lassen sich nicht nur wirtschaftliche Fehlanreize und Versorgungsmängel vermeiden. So lässt sich auch Gelungenes leichter sichern und so lassen sich Herausforderungen am besten anpacken.



**Dr. Herbert Reichelt**  
Vorstandsvorsitzender  
des AOK-Bundesverbandes



**Jürgen Graalmann**  
Stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender



**Dr. Volker Hansen**  
Vorsitzender des  
Aufsichtsrates



**Fritz Schösser**  
Vorsitzender des  
Aufsichtsrates

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist ein unverzichtbarer gesellschaftspolitischer Stabilitätsfaktor. Damit dies so bleibt, muss sie permanent weiterentwickelt werden.

## GELUNGENES SICHERN, HERAUSFORDERUNGEN ANPACKEN

Die wesentlichen Säulen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung – sichern seit vielen Jahrzehnten erfolgreich den hohen Standard der deutschen Gesundheitsversorgung. Sie bewähren sich gerade in wirtschaftlichen Krisenzeiten, da die GKV einen wesentlichen gesellschaftlichen und ökonomischen Stabilitätsfaktor darstellt. Ziel der Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode muss es sein, das Gesundheitssystem in Deutschland auf Basis dieser Prinzipien weiterzuentwickeln.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Deutschland sind seit der letzten Bundestagswahl in vielen Bereichen verändert worden. Für Versicherte, Patienten, Pflegebedürftige, Krankenkassen, Leistungserbringer und Beitragszahler haben Reformen wie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz oder die GKV-Organisationsreform (GKV-OrgWG) zahlreiche Neuerungen gebracht.

Die AOK hat insbesondere die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ausdrücklich begrüßt. Die Anreizdefizite des vorher begrenzten RSA wurden im Wesentlichen beseitigt und die Mittelverteilung wurde deutlich genauer den tatsächlichen Versorgungsbedarfen angenähert. Die neuen Rahmenbedingungen fördern den Wettbewerb der Krankenkassen um eine effiziente Versorgung chronisch Kranker. Dem Problem, dass diejenigen Krankenkassen

wirtschaftlich erfolgreich sein konnten, die sich auf die Selektion von jungen und gesunden Versicherten konzentrierten, wurde entgegengewirkt. Das Ergebnis dieses neuen Wettbewerbs wird eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung sein.

Aber nicht alle Reformansätze haben unsere Zustimmung. Insbesondere stellen wir mit Sorge fest, dass der staatliche Einfluss auf die Finanzierung und das Leistungsversprechen der GKV erweitert und die Handlungsspielräume der Krankenkassen, ihrer Vertragspartner und der Selbstverwaltung reduziert wurden. Steuerung und Ergebnisverantwortung fallen immer mehr auseinander. Das muss sich ändern.

Die ordnungspolitische Vorstellung der AOK ist: Der Staat setzt die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb auf dem GKV-Markt. Innerhalb dieses Rahmens müssen die Krankenkassen und die Leistungserbringer frei entscheiden können, wie und zu welchen Bedingungen sie die Gesundheitsversorgung sicherstellen und gestalten. Das beste Preis-Leistungs-Verhältnis und die beste Allokation werden nur dann erzielt, wenn mehr Eigenverantwortung der Krankenkassen und Leistungserbringer besteht. Abhängig von den konkreten Marktgegebenheiten und dem Versorgungsbedarf der Versicherten in dem jeweiligen regionalen Versorgungsbereich sollten die Vertragspartner selbstverantwortlich entscheiden können, welches Vertragskonstrukt am besten geeignet ist, um die medizinisch notwendige, zweckmäßige, ausreichende und

wirtschaftliche Versorgung zu organisieren. Das können selektivvertragliche Konstrukte nur einzelner Krankenkassen und Leistungserbringer sein, das können aber auch kollektivvertragliche Abschlüsse sein. Entscheidend ist die Vielfalt der möglichen Akteure und die Freiheit des Handelns bei der Ausgestaltung der konkreten Versorgungsmodelle anstelle bundesweit einheitlicher Vorgaben und Normierungen, die zwangsläufig zu neuen Fehlallokationen und damit zu Unwirtschaftlichkeiten führen.

Dies zeigt sich insbesondere auch in der Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in denjenigen Regionen, die von der demographischen Entwicklung besonders stark betroffen sind. Zukünftig lässt sich hier dieses Ziel nur dann erreichen, wenn die Krankenkassen erheblich mehr Spielraum als bisher bekommen, um innovative Ansätze zur Stärkung und Sicherung der medizinischen Versorgung in der jeweiligen Versorgungsregion individuell mit den Leistungserbringern organisieren zu können. Hierzu zählen beispielsweise vernetzte, ggf. telemedizinische Versorgungsformen oder sogenannte Filialpraxen, die im Wechsel besetzt werden.

Die Herausforderungen der Finanzierung des GKV-Systems bestehen in der nachhaltigen Sicherung der solidarischen Aufbringung der notwendigen Mittel (also nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit ohne Überforderung der Beitragszahler) sowie in der bedarfsgerechten Verteilung der vorhandenen Mittel, um eine umfassende Absicherung des Krankheitsrisikos unabhängig von Alter, Einkommen und Krankheitszustand zu gewährleisten.

Die bedarfsgerechte Verteilung der Finanzmittel wurde mit dem GKV-WSG enorm verbessert. Durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs wurde der bisherige Nachteil von Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Rentnern, Arbeitslosen und Geringverdienern abgebaut. Die direktere Orientierung der Zuweisungen am Versorgungsbedarf führt zu

einer zielgerichteten Verteilung im Sinne einer hochwertigen medizinischen Versorgung. Die aufgebrachten Mittel werden nun verstärkt dorthin geleitet, wo der Versorgungsbedarf tatsächlich besteht. Damit werden Anreize zur Risikoselektion gesunder Versicherter gesenkt und ein Wettbewerb unter fairen Rahmenbedingungen zwischen den Krankenkassen um die beste Gesundheitsversorgung initiiert.

Eine Lösung zur nachhaltigen Sicherung der solidarischen Aufbringung der Finanzmittel wurde mit den bisher durchgeführten Reformen nicht geschaffen. Die hierfür seit langem vorliegenden Konzepte müssen offen geprüft und entsprechend eingesetzt werden. Dabei ist entscheidend, dass die Basis der solidarischen Finanzierung erweitert wird, die ökonomische Leistungsfähigkeit jedes Einzelnen berücksichtigt wird und die Abhängigkeit von der Arbeitsmarktentwicklung reduziert wird. Hier muss nicht nur angesichts der demographischen Entwicklung, der medizinisch-technischen Weiterentwicklung und der veränderten sozialen Bedingungen, sondern auch aufgrund der Wirtschaftskrise und der damit verbundenen Einnahmeeinbrüche der Krankenkassen einer der Schwerpunkte der zukünftigen Gesundheitspolitik liegen.

Leistungsausgrenzungen aus dem Versorgungsspektrum bzw. Aufgabenkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sind keine Alternative zu einer nachhaltigen Finanzierungsreform. Der aktuelle Versorgungsumfang ist medizinisch notwendig und zweckmäßig.

Deutschland hat ein sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem mit innovativen und starken gesetzlichen Krankenkassen. Die GKV ist Vorbild für viele Länder. Damit dies so bleibt, sind folgende weitere Anpassungsschritte erforderlich, um das Gesundheitssystem in Deutschland im Interesse der Beitragszahler und Patienten weiterzuentwickeln.

Hochwertige Versorgung braucht freie und individuelle Handlungsmöglichkeiten der Kassen und Leistungsanbieter. Zwang und Zentralisierung führen zu Ineffizienz.

## MEHR QUALITÄT UND EFFIZIENZ IN DER VERSORGUNG

Die bereits 1993 begonnene und insbesondere durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) fortgeführte Etablierung eines Wettbewerbs zur Stärkung einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und wirtschaftlichen Versorgung muss weiter vorangetrieben werden. Dies setzt voraus, dass Leistungserbringer nicht lediglich aufgrund einer Zulassung an der Versorgung der Versicherten teilnehmen, sondern aufgrund von Verträgen mit Krankenkassen, in denen Qualität, Preis und Menge der zu erbringenden Versorgungsleistungen vereinbart werden. Aufgrund der vielfältig möglichen inhaltlichen Ausgestaltung und der Auswahl der Vertragspartner haben alle Beteiligten somit weite Anreiz-, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung zu erreichen.

Dieses ordnungspolitische Leitbild wurde in den Reformen der letzten beiden Jahre jedoch nicht konsequent weiterverfolgt. Anstatt weitere Handlungs- und Entscheidungsspielräume zu schaffen, wurden bestehende eingeschränkt (z.B. Kontrahierungszwang in der hausarztzentrierten Versorgung, Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Erbringung von hochspezialisierten Leistungen oder die „Honorar- und Budgetvorgaben“ einer Steigerung von ca. 3,5 bzw. 4 Mrd. Euro in der ambulanten bzw. stationären Versorgung durch die Politik). In den künftigen Reformschritten ist es daher notwendig, das System wieder stärker im Sinne eines Wettbewerbs unter solidarischen Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln. Das

bedeutet sowohl für die einzelnen Leistungssektoren als auch für das oftmals erstrebenswerte Ziel der sektorübergreifenden Versorgung Folgendes:

### 1. Ambulante Versorgung – Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung muss der Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen gefördert werden. Selektivverträge funktionieren nur, wenn zur Verhinderung einer Doppelfinanzierung die morbiditätsorientierte Vergütung in der kollektivvertraglichen Versorgung entsprechend bereinigt wird. Bislang ist es den zuständigen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung allerdings nicht gelungen, ein solches Verfahren zu etablieren. Sollte es diesen kollektivvertraglich orientierten Gremien aufgrund ihrer entsprechenden Grundorientierung weiterhin nicht gelingen, die notwendigen Bereinigungsverfahren so zu gestalten, dass Selektivverträge eine echte Alternative zu den Kollektivverträgen werden, müssen gesetzliche Vorgaben für das Bereinigungsverfahren aufgestellt werden, d.h. der Staat übernimmt seine Aufgabe der ordnungspolitischen Rahmensetzung, in der die einzelnen Akteure im Wettbewerb effiziente Lösungen suchen.

Darüber hinaus können selektivvertragliche Optionen ihr volles Potential nur entfalten, wenn keine Kontrahierungszwänge bestehen, die über das Gebot der Sicherstellung der Versorgung hinausgehen. Folglich müssen entsprechende Zwänge – wie zurzeit im

Bereich der hausarztzentrierten Versorgung – wieder aufgehoben werden.

Letztlich müssen die für die Versorgung Verantwortlichen entscheiden, ob der Bedarf ihrer Versicherten am effektivsten über Kollektivverträge oder Selektivverträge abgedeckt werden kann. Dafür müssen u.a. die Transparenz und die Flexibilität hinsichtlich der Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung im Kollektivvertragssystem erhöht werden. Im kollektivvertraglichen Bereich sind insbesondere das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-WSG wesentlichen strukturellen und finanziellen Forderungen der deutschen Ärzteschaft sehr stark entgegengekommen: Das Morbiditätsrisiko wurde auf die Krankenkassen übertragen, die regionale Euro-Gebührenordnung eingeführt und die Ost/West-Angleichung der Punktwerte vorgenommen. Insbesondere wurde das Honorarvolumen von 2007 auf 2009 um ca. 10 Prozent erhöht. Im kollektivvertraglichen Bereich sind damit bereits jetzt längst die Grenzen des ökonomisch Machbaren überschritten und dennoch sind aus Sicht der Ärzte einige Verteilungsfragen noch immer nicht zu ihrer vollsten Zufriedenheit gelöst. Hier zeigt sich, dass die übermäßige Zentralisierung und Vereinheitlichung des kollektivvertraglichen Systems nicht zu individuell effizienten Lösungen führen.

In der zahnmedizinischen Versorgung gibt es bisher lediglich für die vertragszahnärztliche Versorgung einige selektivvertragliche Optionen. Um auch hier den Qualitäts- und Effizienzwettbewerb unter den Leistungserbringern weiter zu fördern, müssen auch für die zahntechnische Versorgung selektivvertragliche Möglichkeiten geschaffen werden.

## **2. Stationäre Versorgung – Mehr Wettbewerb für planbare Leistungen**

In 2009 wird der letzte Anpassungsschritt zur Umstellung auf das neue DRG-Vergütungssystem in der stationären Versorgung vollzogen. Vor diesem Hintergrund sollte mit dem Krankenhausfinanzierungsre-

formgesetz (KHRG) dieser Bereich reformiert werden. Leider ist der Gesetzgeber hierbei hinter seinen Möglichkeiten zurückgeblieben. Insbesondere wurde eine stärkere Wettbewerbsorientierung auch in diesem Bereich unterlassen und muss daher Bestandteil der nächsten Reformschritte sein.

Künftige strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung sollten zwischen notfallähnlichen Leistungen, die in unmittelbarer Nähe zum Versicherten zur Verfügung stehen müssen, und planbaren Leistungen, bei denen ein Krankenhaus ausgewählt werden kann (sog. elektive Leistungen), unterscheiden. Krankenkassen sollten zunehmend die Möglichkeiten haben, über Verträge mit einzelnen Krankenhäusern die Versorgung ihrer Versicherten mit elektiven Leistungen sicherzustellen. Der faktische Kontrahierungszwang in der stationären Versorgung muss für den Bereich der elektiven Leistungen aufgegeben werden. DRGs für die selektiven Leistungen beinhalten nur noch eine Leistungsdefinition und lassen eine differenzierte Preisgestaltung zu. Mit dieser Maßnahme wird den Vertragspartnern ein größerer Gestaltungsspielraum für Preisvereinbarungen überlassen, um den Leistungs- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu intensivieren und Effizienzreserven zu heben. Zur Förderung der Versorgungsqualität ist es auch notwendig, dass bei der Vergütung medizinischer Leistungen die Qualität eine Rolle spielt. Damit auch dieses Instrument im Wettbewerb der Kassen und Leistungsanbieter um eine effiziente Versorgung eingesetzt werden kann, bedarf es einer Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Möglichkeit der Festlegung des Umfangs von „Pay for Performance“ und der Sanktionierung von Leistungserbringern, die nachhaltig schlechte Qualität erbringen).

Als Folge dieser Veränderungen würde sich die bisherige Krankenhausplanung der Länder nur noch auf die Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung beziehen, die zudem besser mit der ambulanten Sicherstellungsplanung abgestimmt werden muss. Hinsichtlich der Versorgung mit den elektiven Leis-

tungen, die selektivvertraglich vereinbart werden, sollte sich die staatliche Kontrolle und Einwirkung darauf beschränken, eine ausreichende, flächendeckende Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Die bereits mit dem KHRG eingeführte Möglichkeit der Investitionskostenfinanzierung über Pauschalen ab 2012 muss weiterentwickelt werden. Künftig sollten Investitionen der Krankenhäuser durch die Länder weitestgehend über entsprechende Pauschalen, die Bestandteil des DRG-Vergütungssystems wären, finanziert werden. Es würde ein wichtiger Beitrag zur Lösung des Problems sinkender Investitionsmittel für die stationäre Versorgung geleistet und die Planungssicherheit der Krankenhäuser deutlich verbessert werden.

### **3. Arzneimittel – Mehr Wirtschaftlichkeitsverantwortung für die Kassen**

Der Anteil der Ausgaben für – insbesondere innovative – Arzneimittel an den GKV-Ausgaben wächst kontinuierlich. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund dürfen Effizienzreserven nicht ungenutzt bleiben. Zur Erschließung der Potenziale leisten unter anderem die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern einen wichtigen Beitrag. Aufgrund der zuletzt im GKV-OrgWG vorgenommenen gesetzlichen Klarstellungen geht die AOK davon aus, dass diese künftig zügig und ohne langwierige rechtliche Auseinandersetzungen umgesetzt werden können. Andernfalls muss die Anwendung des Vergaberechts flexibilisiert werden, um eine zügige Umsetzung der Verträge zu gewährleisten.

Die mit den Rabattverträgen eingeführten selektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten müssen darüber hinaus weiterentwickelt werden. Ziel muss es sein, die Verantwortung der Arzneimittelverordnungen dorthin zu geben, wo sie hingehört: Die medizinische Verantwortung bleibt selbstverständlich beim Arzt, die wirtschaftliche Verantwortung wird jedoch stärker den Krankenkassen zufallen. Dadurch könnten viele der heute bestehenden Regelungen zurückgefah-

ren und Bürokratie – insbesondere für die Ärzte – abgebaut werden. Zudem könnten neue Wettbewerbsfelder entstehen und Kassen sowie Pharmaindustrie von einer verbesserten Planungssicherheit profitieren.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen künftig nicht mehr automatisch mit ihrer Zulassung in der GKV erstattungsfähig werden. Das bedeutet:

- Bei vergleichbaren, austauschbaren Arzneimitteln können Krankenkassen künftig ergänzend oder alternativ zu Rabattverträgen mit Herstellern Preisverhandlungen führen und Versorgungsverträge schließen. Dadurch entstehen am Bedarf der Versicherten ausgerichtete Arzneimittelsortimente, aus denen hervorgeht, welche Arzneimittel zu Lasten der jeweiligen Kasse abgerechnet werden können.
- Bei nicht austauschbaren, innovativen Arzneimitteln (Verbesserung oder Neuerung) ist dieser Weg verschlossen. Die Erstattungsfähigkeit und ihre Höhe sollte hier bei verbesserten Arzneimitteln von einer Kosten-Nutzen-Bewertung und bei neuen Arzneimitteln von einer Nutzenbewertung abhängig gemacht werden. Beide Instrumente sind bereits heute grundsätzlich in den rechtlichen Vorgaben verankert. Sie gilt es weiterzuentwickeln und konsequent umzusetzen. Anstatt wie bisher die entsprechenden Bewertungsverfahren erst nach Eintritt in den GKV-Markt anzuwenden, sollte künftig vor Marktzugang eine schnelle, vorläufige Bewertung vorgenommen werden, aufgrund der dann ein GKV-weiter Höchstpreis als Orientierungswert festgelegt wird. Für diese schnellen, vorläufigen Bewertungen stehen bereits von den heutigen Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene entwickelte Instrumente (z.B. EVITA) zur Verfügung. Im direkten Anschluss an dieses Verfahren sollte eine weitere, längerfristig angelegte Nutzen- bzw. Kosten-Nutzen-Bewertung folgen. Deren Ergebnisse könnten zur Überprüfung der anfänglichen Ergebnisse führen und gegebenenfalls eine Anpassung der Preise nach sich ziehen. Dies sollte in regelmäßigen Intervallen wiederholt werden.

Neben strukturellen Veränderungen muss künftig – wie in den meisten anderen europäischen Mitgliedsstaaten – die Mehrwertsteuer für Arzneimittel reduziert werden. Damit könnte auf einfachem Wege eine Entlastung der Beitragszahler erreicht werden.

#### **4. Hilfsmittel – Mehr Konsequenz in der Umsetzung der vorhandenen Möglichkeiten**

Am weitesten sind die sektorspezifischen, selektiven Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Hier sind die Rahmenbedingungen grundsätzlich selektivvertraglich orientiert. Um das Potenzial dieser Möglichkeiten jedoch vollständig nutzen zu können, dürfen die Wettbewerbsanreize nicht durch hemmende Elemente verwässert werden. Folglich muss die grundsätzliche Möglichkeit des Beitritts weiterer Leistungserbringer zu bestehenden Verträgen wieder abgeschafft werden. An ihre Stelle sollte vielmehr ein Gestaltungsspielraum treten, der es ermöglicht, je nach Versorgungssituation Verträge mit Beitrittsrechten zu versehen oder sie als Exklusivverträge auszugestalten.

#### **5. Heilmittel – Beendigung der wettbewerbsfreien Zone**

Im Bereich der Heilmittelversorgung fehlt es bisher an jeglichen selektivvertraglichen Optionen. Um auch hier im Wege des Wettbewerbs Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, sollten künftig die Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitert werden, indem Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, mit einzelnen Leistungserbringern Einzelverträge abzuschließen zu können.

#### **6. Sektorübergreifende Versorgung – Braucht eine funktionierende „Bereinigung“**

Die sektorübergreifende Versorgung kann einen wichtigen Beitrag zur Lösung der Probleme in der GKV leisten. Ihr reibungsloser Ablauf bietet die Möglichkeit, die Versorgung neu zu gestalten und an dem

Bedarf, beispielsweise chronisch Kranker, auszurichten. In einem solchen Ansatz stehen Arzt, Praxisteam und Patient in einem partnerschaftlichen Verhältnis. Der Patient wird in den Mittelpunkt gestellt und die Versorgung um ihn herum optimal abgestimmt. Regionale Versorgungsbesonderheiten (z.B. Bevölkerungsrückgang, hoher Anteil älterer Menschen) können aufgegriffen und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöht werden.

Grundsätzlich sind die dafür zur Verfügung stehenden rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichend. Diese gilt es aufrechtzuerhalten und nicht – wie im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes geschehen (§ 116 b Abs. 2 SGB V zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen im Krankenhaus) – wieder einzuschränken.

Für die praktische Umsetzung einer sektorübergreifenden Versorgung ist es dringend notwendig, ein funktionierendes Bereinigungsverfahren zu etablieren (vgl. ambulante Versorgung).

In der sektorübergreifenden Versorgung sollte auch gewährleistet sein, dass die von unterschiedlichen Seiten betriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) die Aufgabe eines wichtigen Bindegliedes zwischen den klassischen Bereichen der ambulanten vertragsärztlichen und der stationären Versorgung übernehmen können. Die Bündelung verschiedener medizinischer Ausrichtungen kann eine stärker am Bedarf der Patienten orientierte gesundheitliche Versorgung ermöglichen.

Die Pflegeleistungen müssen den individuellen Bedarf genauer abbilden, damit Pflegebedürftige besser als heute am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.



## ZUKUNFTSFÄHIGE SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 hat für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zahlreiche Verbesserungen – bei einem Beitragssatzanstieg um 0,25 Prozentpunkte – gebracht. An Demenz Erkrankte erhalten neue und verbesserte Leistungen und die Leistungshöchstbeträge der einzelnen Pflegestufen wurden nach der Einführung der Pflegeversicherung 1995 erstmals erhöht und dynamisiert. Die Pflegeberatung bietet für die Versicherten eine neue Qualität der Leistungsanspruchnahme durch Koordination und individuelle Pflegearrangements.

In der nächsten Legislaturperiode gilt es, auf der Basis des Berichtes zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes die notwendigen gesetzlichen Änderungen auf den Weg zu bringen, um den Hilfebedarf pflegebedürftiger Menschen auch als Teilhabeanspruch am gesellschaftlichen Leben in den Leistungen der Pflegeversicherung besser abzubilden. Diese Verbesserungen erreichen vor allem Demenzerkrankte, aber auch psychisch erkrankte Menschen mit ihrem spezifischen Unterstützungsbedarf im täglichen Leben. Die dafür notwendigen Gesetzesänderungen sollten den Vertrauensschutz der aktuellen Leistungsempfänger beachten und Risikoverschiebungen zwischen verschiedenen Sozialleistungsbereichen ausschließen oder finanziell solide ausgleichen. Es bedarf eines Konzeptes, wie die sich annähernden Lebenswelten von ambulanter und stationärer Pflege zukünftig auch versicherungsseitig zusammengeführt werden

können. Die AOK setzt sich dafür ein, dass der generativen Vorsorge in der Pflegeversicherung, der Demenzforschung, dem Föderalismus in der Gestaltung der Pflegeinfrastruktur, der Qualitätssicherung in der Pflege und der Gewinnung von qualifiziertem Pflegepersonal politische Priorität zukommt.

Das Geld wird bedarfsgerechter verteilt, aber die Frage der nachhaltigen Finanzierung ist noch nicht beantwortet. Zugleich müssen die Folgen der Wirtschaftskrise ausgeglichen werden.

## IV.

## STÄRKUNG DER SOLIDARISCHEN FINANZIERUNG

Die internationale Finanz- und Wirtschaftskrise prägt 2009 die Situation in Deutschland. Zahlreiche Wirtschaftsindikatoren befinden sich in einem signifikanten Abwärtstrend. Das Ausmaß der Krise übertrifft alle Erfahrungen der letzten Jahrzehnte. Die Regierungen und Notenbanken stemmen sich mit großen Anstrengungen gegen die Krise. Die Schöpfung von Zentralbankgeld und die Staatsverschuldung erreichen bisher nicht gekannte Ausmaße. Über Banken und Unternehmen wurde in Deutschland wie in anderen Ländern auch ein staatlicher Schutzschirm gespannt.

Auch für den mit 167 Mrd. Euro ausgestatteten Gesundheitsfonds wurde von der Politik ein formaler Schutzschirm konstruiert. Er ist jedoch bisher nur als kurzfristiges Darlehen vorgesehen. Die in 2009 anfallenden Beitragsausfälle in Höhe von einigen Milliarden Euro (gemäß Schätzerkreis im April 2009 bisher 2,9 Mrd.) müssen „erst“ im Jahre 2011 von den Krankenkassen zurückbezahlt werden. Die Dimension des Darlehens wird jedoch in 2011 so groß sein, dass die Finanzierung über Zusatzbeiträge äußerst problematisch erscheint. Die GKV steht somit schon sehr bald vor einer enormen Finanzierungslücke. Es ist daher unausweichlich, dass die durch die Wirtschaftskrise verursachten Einnahmedefizite nicht als kurzfristiges Darlehen, sondern als Zuschuss ausgeglichen werden.

Darüber hinaus wurde der staatlich festgelegte einheitliche Beitragssatz der GKV von 15,5 auf 14,9 Pro-

zent abgesenkt. Dies wird ausgeglichen durch höhere staatliche Zuschüsse, die ihrerseits durch Staatsverschuldung finanziert sind. Die gesetzliche Krankenversicherung hat damit nicht nur die bis Ende 2008 konstitutive Beitragssatzautonomie verloren, sondern ist nun auch als Instrument der Konjunkturpolitik entdeckt worden: Wenn die konjunkturelle Lage es erfordert, kann der Staat, ebenso wie er gegenwärtig Liquidität schöpft, später überschüssige Liquidität reduzieren, indem er den steuerfinanzierten Anteil des Gesundheitsfonds zurück- und den einheitlichen Beitragssatz hochfährt. Die finanzielle Ausstattung der gesetzlichen Krankenversorgung gerät somit noch mehr in die staatliche Abhängigkeit. Eine solche Instrumentalisierung der gesetzlichen Krankenkassen ist durch die Konstruktion des Gesundheitsfonds erleichtert worden. Damit ist das Erfolgsmodell einer staatsfernen Finanzierung und Verwaltung der sozialen Kranken- und Pflegesysteme und der damit verbundenen Verlässlichkeit der Planungsgrundlagen gefährdet.

Für die aktuellen und künftigen finanziellen Reformschritte müssen Stabilität, Solidarität und Nachhaltigkeit die Maßstäbe sein, nach denen diese zu bewerten sind.

Insbesondere die Frage der Nachhaltigkeit der Finanzierung ist bisher nicht geklärt. Doch die bereits heute aufgrund der feststehenden Ausgabensteigerungen in den einzelnen Leistungsbereichen sowie der Auswirkungen der Wirtschaftskrise absehbaren mas-

siven Finanzierungslücken schon in den nächsten zwei bis drei Jahren erfordern schnelle Lösungen. Die hierfür seit langem vorliegenden Ansätze sind insbesondere auch vor dem Hintergrund des zunehmend steigenden Rentneranteils zu diskutieren. Hier muss aufgrund der Dimension und der Dringlichkeit des Problems einer der Schwerpunkte der zukünftigen Gesundheitspolitik liegen.

Hingegen wurden mit dem GKV-WSG wichtige Schritte zur Stärkung der Solidarität umgesetzt. Durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs wurde der bisherige Nachteil von Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Rentnern, Arbeitslosen und Geringverdienern abgebaut. Die direktere Orientierung der Zuweisungen an der Morbidität der Versicherten führt zu einer zielgerichteten Verteilung entsprechend des Versorgungsbedarfs. Anreize zur Risikoselektion gesunder Versicherter werden gesenkt. Die solidarisch aufgebrachten Mittel werden nun dorthin geleitet, wo der Versorgungsbedarf tatsächlich besteht und bereits heute eine qualitativ hochwertige Versorgung organisiert wird.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist damit wesentliche Voraussetzung für einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV. Aufgrund der kontinuierlichen Veränderung der Morbiditätsstruktur und sich ändernder Rahmenbedingungen bei der Dokumentation der notwendigen Morbiditätsdaten wird die Systematik des Morbi-RSA kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dabei müssen die Stärkung der Wirtschaftlichkeitsanreize und eine Vermeidung von Risikoselektion weiterhin im Vordergrund stehen. Insbesondere das Klassifikationsmodell sowie die Aufgreifkriterien sind weiterzuentwickeln und mit strategieunanfälligen Parametern zu versehen. Die Transparenz und Partizipation bei der Weiterentwicklung sichern ebenfalls eine hohe Akzeptanz des Ausgleichsverfahrens.

Eine transparente und solidarische Ausgestaltung des Wettbewerbs erfordert zwingend, dass das vom

Zusatzbeitrag ausgehende Preissignal unverzerrt ist. Es soll die Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenkasse widerspiegeln, indem wirtschaftlich handelnde Krankenkassen günstige Zusatzbeiträge aufweisen (oder gar Prämien ausschütten). Die Überforderungsklausel führt in ihrer jetzigen Ausgestaltung hingegen dazu, dass Krankenkassen mit vielen Geringverdienern einen überproportionalen Anstieg der Zusatzprämie bei sinkendem, solidarisch aufgebrachtem Finanzvolumen (Fondsvolumen) zu erwarten haben. Insbesondere die Überforderungsklausel muss daher dringend umgestaltet werden, indem die daraus resultierenden Mindereinnahmen der Krankenkassen solidarisch ausgeglichen werden. Konkrete Vorschläge hierzu liegen bereits vor („Rürup-/Fiedler-Gutachten“).

Wer die Souveränität von Versicherten erhöhen will, muss für mehr Transparenz bei den medizinischen Leistungen und für stärkere Patientenrechte sorgen.

V.

## MEHR VERSICHERTENSOUVERÄNITÄT

### 1. Patientenrechte stärken – Zwei-Klassen-Medizin verhindern

Versicherte und Patienten müssen viel mehr als bisher mitreden und mitentscheiden können, wenn es um ihre Gesundheit geht. Diese Art der Eigenverantwortung ist zu stärken. Dafür ist es zum einen notwendig, Transparenz zu schaffen, um einen niedrigschwelligen Zugang zu den Versorgungsangeboten des Gesundheitswesens zu ermöglichen. Zum anderen brauchen mündige Versicherte und Patienten qualitätsgesicherte, laienverständliche und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Informationen zum Krankheitsgeschehen, zu Diagnostik und Therapie, um sich aktiv in Therapieentscheidungen einbringen zu können und damit ihre Therapiemotivation zu verbessern. Vor allem an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen vergleichbare Qualitätsdaten zu mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen beitragen. Alle Versicherten – egal ob privat oder gesetzlich versichert – haben einen Anspruch darauf, gezielt Qualität in der gesundheitlichen Versorgung nachfragen zu können und zu erhalten.

Auch die Rechte der Patienten im Behandlungsverhältnis sind zu stärken. Die immer stärker partnerschaftlich geprägte Arzt-Patienten-Beziehung bedingt eine Weiterentwicklung des bestehenden Rechts zur Sicherheit der Ärzte und Patienten. Die Vorschriften aus unterschiedlichen Gesetzen des ärztlichen Standesrechts

und aufgrund der Rechtsprechung sollten in einem Patientenrechtsgesetz zusammengeführt werden.

Stärkung der Patientensouveränität heißt auch, Patienten bei der Klärung vermuteter Behandlungsfehler zu unterstützen. Ziel muss es sein, Fehler möglichst zu vermeiden. Der von der AOK angestoßene Prozess des offenen Umgangs mit Fehlern, um Fehlerquellen zu identifizieren und zu reduzieren, muss ausgebaut werden. Behandlungsfehler sind systematisch auszuwerten und daraus verbindliche Maßnahmen für eine höhere Patientensicherheit zu entwickeln.

### 2. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die nachhaltige Verbesserung einer gesunden Lebensweise ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ausgehend von den Ursachen fehlender gesundheitlicher Chancengleichheit sowie eigenverantwortlichen Handelns müssen Schwerpunkte definiert und dafür zielgerichtete Maßnahmen entwickelt werden, die Breitenwirkung erzielen.

Die AOK steht zu ihrer Verantwortung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Wichtig sind eine zielgruppenbezogene Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention. Ein zielorientierter und wirtschaftlicher Ansatz ist es auch, verschiedene soziale Gruppen in ihren Lebenswelten (Settings) zu errei-

chen. Es sind vor allem Programme in Betrieben sowie in Kindertagesstätten und Schulen entwickelt worden, die auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse Qualitätsmaßstäbe setzen, die regelmäßig auf ihre Wirksamkeit überprüft und weiterentwickelt werden. Prävention heißt auch, im gemeinsamen Engagement mit Ärzten, Patienten mit Risikofaktoren zielgerichtet, risikoadaptiert und dem individuellen Bedarf entsprechend Präventionsmaßnahmen anzubieten und für eine nachhaltige, gesundheitsfördernde Lebensweise zu motivieren.

Es gibt aus Sicht der AOK für diesen Bereich der GKV keinen weiteren gesetzlichen Regelungsbedarf. Insbesondere sind GKV-finanzierte staatliche Suprastrukturen nicht erforderlich.

### 3. Wahloptionen für unterschiedliche Versichertenbedürfnisse

Dem individuellen Bedarf der Versicherten sollte Rechnung getragen werden. Dazu gehört nicht nur die Schaffung von Transparenz und Aufklärung, sondern auch eine entsprechende Angebotsvielfalt. Wahltarife stellen hierfür auch innerhalb der GKV eine geeignete Option dar. Sie erhöhen den Gestaltungsspielraum der Kassen für anreizorientierte (wie z. B. qualitäts-, preis-, und gesundheitsorientierte) sowie leistungsorientierte Lösungen und bauen somit den Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen aus. Dabei ist darauf zu achten, dass der Grundsatz der Solidarität erhalten bleibt. Wahltarife sollen vor allem gesundheitsbewusstes Verhalten fördern oder optimale Versorgung durch Anreize steuern.

## VI.

# SELBSTVERWALTUNG DER KRANKENKASSEN STÄRKEN

Die Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung als Vertretung der Versicherten und Arbeitgeber hat sich bewährt. Sie ist die institutionalisierte Mitbestimmung der Beteiligten in wichtigen sozial- und gesundheitspolitischen Fragen sowie Aufsichtsorgan der Krankenkassen inklusive der Kontrolle der Haushalte.

Die Selbstverwaltung hat den Auftrag, sicherzustellen, dass innerhalb des vom Gesetzgeber beschlossenen Rahmens für ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen die für die Versicherten notwendige und erforderliche Versorgung gewährleistet ist sowie wirtschaftlich und qualitätsorientiert erbracht wird. Sie ist mit der Gestaltung und Umsetzung der gesetzgeberischen

Maßnahmen in allen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung im Gesundheitswesen befasst. Von grundsätzlicher Bedeutung sind insbesondere die Entwicklung von Versorgungsmodellen, die Leitlinien für die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern, die Interessen von Versicherten und Beitragszahlern wahrzunehmen und Konzepte für die Prävention und für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu entwerfen.

Die Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung müssen aus Sicht der AOK erhalten und gestärkt werden. Je weiter die staatlichen Eingriffe in das Gesundheitswesen über die gesetzgeberische Rahmensetzung hinausgehen, desto stärker werden die Rechte der Selbstverwaltung ausgehöhlt.

## Die Selbstverwaltung sorgt dafür, dass die Kassen versicherten-, betriebs- und praxisorientiert handeln – und gesundheitspolitische Diskussionen die Bodenhaftung nicht verlieren.

Dies gilt bspw. für politisch induzierte Vorgaben bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern oder bei der Konkretisierung des Leistungskataloges.

Die Selbstverwaltung bringt die Interessen der Krankenversicherung in die politische Diskussion ein und berät die Politik bei der Weiterentwicklung einer solidarischen Krankenversicherung. Die AOK erachtet das politische Mandat der Selbstverwaltung als essentiell und unverzichtbar, um auch künftig einen versicherten-, betriebs- und praxisorientierten Bezug der gesundheitspolitischen Diskussion zu gewährleisten. Die AOK spricht sich dabei für eine Stärkung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung aus, um noch stärker als bisher über die Arbeit der Selbstverwaltungsorgane zu informieren und Vorschläge, Eingaben und Anregungen von Beitragszahlern aufgreifen und in den politischen Willensbildungsprozess einbringen zu können.

Die Selbstverwaltung leistet bei ihrer Arbeit auch einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Patientenrechte, vertritt aber zugleich das gesamte Interessenspektrum der Versicherten und Arbeitgeber. Die gleichberechtigte Beteiligung von Versicherten- und Arbeitgebervertretern an der Verwaltung der Krankenversicherung sichert die effiziente und sachgerechte Verwendung der gemeinsam aufgebrauchten Finanzmittel. Die AOK spricht sich daher für die Beibehaltung der paritätischen Philosophie bei der Verantwortungsteilung zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern in der sozialen Selbstverwaltung und gegen eine institutionalisierte Beteiligung anderer Organisationen aus, die nicht in der Verantwortung für die Auf-

bringung der finanziellen Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen.

Die geltenden Regelungen für die Sozialwahlen entsprechen den Anforderungen für eine demokratische Legitimation der Selbstverwaltung und sollten aus Sicht der AOK beibehalten werden: Die Mitglieder der Selbstverwaltung legitimieren sich grundsätzlich über ihre Arbeitgeberverbände bzw. über die Spitzenorganisationen der Gewerkschaften. Wenn darüber hinaus Listen für die Sozialwahlen eingereicht werden und ein Zusammenschluss von Listen ausgeschlagen wird, haben Urwahlen stattzufinden.



# Gesundheitspolitik geht alle an. Von uns erfahren Sie, warum.

unter **[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)** finden Sie:

- Infos zur Gesundheitspolitik
- den aktuellen Stand der Gesetzgebung
- das Online-Lexikon Gesundheitswesen
- einen gesundheitspolitischen Veranstaltungskalender
- Pressemitteilungen, Fotos, Grafiken, sendefertige Radiobeiträge
- und natürlich die Positionen der AOK.

Für alle, die noch tiefer einsteigen wollen:

**[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)**

Das AOK-Portal für Gesundheitsprofis. Von **A** wie Apotheke bis **Z** wie Zahnheilkunde. Surfen Sie doch einfach mal rein.